



TITLE:

# 精神科作業療法とクライシス介入 訪問 --被害妄想を持つ分裂病患者 の場合--

AUTHOR(S):

山根, 寛; 福永, サダ子

---

CITATION:

山根, 寛 ...[et al]. 精神科作業療法とクライシス介入訪問 --被害妄想を持つ分裂病患者の場合--. 京都大学医療技術短期大学部紀要 1990, 10: 7-15

ISSUE DATE:

1990

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/49347>

RIGHT:

# 精神科作業療法とクライシス介入訪問

——被害妄想を持つ分裂病患者の場合——

山 根 寛, 福 永 サダ子\*

Psychiatric Occupational Therapy and Visiting as Crisis Intervention

——A Schizophrenic Outpatient with Delusions of Injury——

Hiroshi YAMANE, Sadako HUKUNAGA\*

**ABSTRACT:** It has only been during the past 10 or 20 years that occupational therapy was gradually introduced into modern clinical psychiatry in Japan. However, due to the prevalence of inpatient modalities in Japanese psychiatric treatment, it has generally been done with long-term schizophrenic inpatients.

Recently, community-based care has attracted significant interest, with occupational therapy focussing on the quality of life rather than merely the activities of daily living.

With respect to social support, occupational therapy might play many roles, particularly within the method of “visiting as crisis intervention.” Recently, we employed visiting as a method of crisis intervention with a schizophrenic outpatient who had delusions of injury. In this paper, we discuss the following five dimensions:

1. Visiting as crisis intervention
2. Plural visitors and a key person
3. Using visiting along with occupational therapy
4. Methods of visiting as crisis intervention
5. The relationship between visiting and occupation therapy

Although many problems remain unsolved and visiting is not yet generally used, its achievements have attracted great attention.

**Key words:** Occupational Therapy, Visiting, Crisis Intervention, Social Support, Schizophrenia, Psychiatry

---

京都大学医療技術短期大学部作業療法学科

\* 財団法人浅香山病院 作業療法室

Division of Occupational Therapy, College of Medical Technology, Kyoto University

\* Department of Occupational Therapy, Asakayama Hospital

1990年8月8日受付

## は じ め に

1960年代以降、欧米諸国の精神医療は病院内の開放化を手始めとして、病院での収容管理に対する反省から、地域でどう援助していくかという方向にむけて、大きく流れを変え始めた。「州立精神病院への入院は、以後、禁止する。1980年1月1日からは、再入院も禁止」、イタリアは1978年5月に180号法を公布<sup>1)</sup>、退院者に住居を提供した。一方アメリカでは、受け皿のない「脱入院化」を急ぎ多くのホームレスが生まれた。試行錯誤の過程ではいくつかの問題も起きているが、世界の精神医療は確実に地域化への歩みをたどっている。

そうした地域化へと向かう世界の趨勢の中で、その85%を私的施設に依存する日本の精神医療は、病床数増加へと世界の逆の方向へ進んでいたが、国連の勧告など国際世論に押される形で、ついに改善に向かわざるをえなくなった。そしてまだ病床数増加が止まらない中で、地域精神医療の促進を唱え「精神科訪問看護・指導」が、1986年より公的に試みられるようになった<sup>2)</sup>。

単身で生活をおくろうとする患者にとって、何か気になることが起きたり自信を失いかけたとき、相談する者がいるかないかでは大きな違いがある。相談する者がいないとき、本当に些細なことで、一人悩み行き詰まっては再入院にまで至ってしまうことがしばしばみられる。

援助の一つとして訪問看護・指導はあるが、患者宅の訪問はどのような形であれ、まだ日本の精神医療情勢の中では、治療者側の役割を持つ（つまり外部の）人間が、一人の人間の生活（プライバシー）の中に立ち入る侵襲性を含んでいる。訪問は患者がクライシス状況を乗り切る援助を行うと同時に、そのあり方によっては「世に棲む患者」<sup>4)</sup>や、そっと自閉を見守ることの必要な時期<sup>5)</sup>の患者に、援助というお節介を押しつけてしまう危険性も含んでいる。

A病院の作業療法室では、治療の流れの中で必要にせまられ、作業療法士（以下 OTR）が担当患者の訪問指導を1983年頃より行ってきた。

今回、被害妄想を主症状とする一人暮らしの女性患者の退院に際し、退院後の外来作業療法と併用し、クライシス介入としての訪問指導を行った。

このケースへの関わりを通し、今行われつつある「精神科訪問看護・指導」とクライシス介入訪問の関係、そして作業療法（以下 OT）と訪問という援助活動の関係について検討した。

## クライシス介入訪問指導について

## 1. 訪問指導について

精神障害者に対する訪問指導は、臨床的にはケースワーカー（以下 PSW）を中心として、その実態調査にはじまり、受診援助・生活援助といろいろな目的で行われてきた歴史的経過がある。公には「精神病特殊療法」の一形態として1986年に新設された<sup>3)</sup>。その概要は、週2回を限度として、精神科担当医が、入院以外の精神障害者である患者またはその家族等の了解を得て、その患者を診察した保険医療機関の保健婦、看護婦等を訪問させ、患者または家族等に対して看護・社会復帰指導等を行うとある。

看護婦等という表現の解釈についても明確なものではなく、訪問指導を行う職種の範囲もまだはっきりしていない。方法・目的と効果を含め、試行錯誤の段階にある。

## 2. クライシス介入について

精神障害者を取りまくクライシス（危機）状況は大きく分類すると、患者の症状悪化や問題行動などによる家族およびその周りの人たちにとってのクライシス（社会的クライシス）と、患者個人にとってのクライシス（個人的クライシス）の二つに分けられる。

crisis intervention は一般に「危機介入」と訳されているが、通常使用されている「危機介入」は、桑原<sup>6),7)</sup>も述べているように周辺にとっての「危機」を含んだ事例が多い。桑原<sup>6)</sup>は医療機関の言う危機への対処の内約3/4が社会的クライシスへの介入にあたるという。

一方、今回試みたクライシス介入としての訪問指導は、個人的クライシスに対するもので、

患者自身が生活する上で行き詰まり、援助を求めてきたときに行うという方法である。したがって、患者個人にとってのクライシスであれば、「誰かが私のいない間にマヨネーズに毒を入れるので食事ができません。おかしいのでみてほしい」といったものまで含んでいる。

## 症例を通した訪問の実態

### 1. 症例紹介

Mさん。既婚女性47歳，18歳初発，精神分裂病，訪問指導を開始した1987年までに10回の入院経験がある。

詳細は不明であるが3歳の時母親が家を出、新しくむかえられた継母と患者はあまり親しくなかったという。高校卒業と同時に上京し短大に入学するが、臨海学校で盗難事件があり、窃盗の疑いをかけられたときから被害妄想が出現した。退学し郷里に帰り入院し以後入退院を繰り返すが、寛解時はデパートの店員などをしてい。その間昭和47年に結婚し一児をもうけるが、3年後に離婚した。

10回目の入院中に、再度の退院単身生活を目標に、症状の抑制・日常生活能力の確認と指導を目的としてOT処方が出された。

病棟グループOTや個人OTなどを経て、約一年後自分で探したそば屋に外勤を試みたりするようになる。2、3日勤めると「病棟の誰かが私を妬んでやめさせようと店に電話をいれている」「店の誰かが、私に失敗させてやめさせようと、トイレの掃除道具を隠した」と被害的になりやめる。そうした状況を支持的に支える中で、さらに一年ほどしてもう一度アパート生活をしてみたいと言うようになり、1987年春に退院することになった。

退院にあたり、社会生活から5年あまり離れていて自信を失っていることや、被害・被害妄想があり些細なことに確認が必要になることがあるため、外来OTで支えながら、必要時にアパート訪問を行うという体制をとることになった。

### 2. 訪問指導に際して

表1 訪問指導体制時の  
スタッフの役割と患者とのとりきめ

スタッフの役割	主治医：診察，投薬，ちょっとはなれた距離で見守る
	PSW：医療保険手続き，アパート契約などやや公的な相談と妄想にまつわるカウンセリング
	OTR：作業療法室での担当，具体的な活動を通した症状の抑制，相談
	OTNs：買い物，調理など生活の指導相談
取り決め	・気になってもあわてずに，次の日まで待ってみよう。
	・根拠はできるかぎりOT室で
	・訪問は今すぐというわけにいかないこともあるので，行ける時間を決める
	・訪問相談はOTNsが担当，女性で無理な時にはOTRが行く

訪問指導体制時の関係スタッフ構成と、その役割や実際の訪問に対する患者と取り決めたことを表1に示す。各スタッフの役割はそれまでの治療関係を継続するものであるが、OTNs(OT室所属の看護婦、常時はOTプログラムに参加)には、当時A病院でも試み始められていた「精神科訪問看護・指導」との関係やOT室の機能分担の試みなどもあったため、退院準備に入った時点よりOT室からの訪問担当を依頼した。

そして、患者が被害的になりやすく妄想にまでつながる訴えが多い反面、相談をしながら待つことができず、思いこみで先走って行動しては行き詰まることが多いことなどもあり、退院に際して2、3の取り決めを行った(表1)。

このクライシス介入訪問は、これまで担当OTRが必要時に患者宅を訪問して相談に応じるという形で行っていたものを、構造化した試みとして始めたものである。

### 3. 訪問指導の経過

3年間の訪問回数は、OTNsが合計24回、OTRが3回、他にPSWが数回であった。クライシス介入として行ったため、多いときは週2回、少ないときで2、3カ月に1回といった状態であった。患者にとって生活に大きく影響し

- 10 -

休息入院が終わり退院するが、入院前と同じ環境の中で退院から約4カ月後に被害妄想がひどくなり、再び本人の希望で休息入院となった(表2の5期)。そして今、また退院の時期を考えながら、毎週自分の住居へ外泊している(表2の6期)。

## 考 察

### 1. クライシス介入訪問指導について

このケースがクライシスをむかえる状況は図1に示すようになる。何か新しい場面に出会う時、失敗をしないか、人からどのようにみられているかという心配が不安になり、被害・被害妄想へと発展する。安全の確認や依存欲求が訪問で満たされない場合はさらに次の心配ごとを持ち出したり、自分の判断で場当たり的に行動したりする。解決して生活が安定し治療者との関係が密になってくると、関係維持の確認を求めるように訴えが始まる。そうしながらある限界状況になると、全面的なケアを受けることで人とつながりの再確認をするかのように休息入院に至るとみることができる。

このようなクライシスをむかえる状況や入院の状況から、この患者にとってのクライシスは、幼児期の母子関係からも推察される基本的な信頼感<sup>9)</sup>の欠如に起因するとみることできる。依存欲求がありながらも、依存してしまうと裏切られるような感じが生じたり、依存すると劣等感情が生じ、そのため相談しながらも自分で単独に判断行動してしまうものと思われる。

このような患者にとってのクライシス介入としての訪問援助は、ことが大きくならない間にタイムリーに解決できるメリットと、その反面、親密さが増すほど些細なことまですべてに依存的にさせてしまい、アンビバレンツな感情をひきおこし自発性・自立を妨げる危険性をも秘めている。

### 2. 訪問者が複数であったことについて

比較的安定しているときや、患者からの訴えがあり訪問希望があっても、依存欲求を充足して欲しい状況の時は、それぞれのスタッフの役

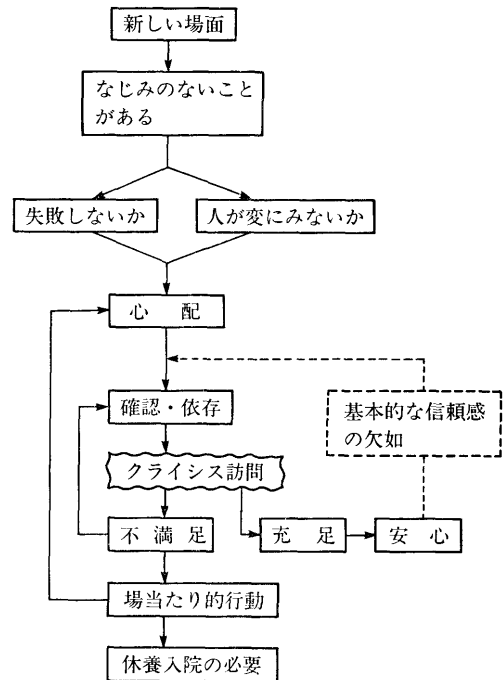


図1 クライシス状況のおきる構造

割を患者自身が使い分けていた。そして、多くの人に関わってもらえるという満足感も患者の単身生活の支えになっていたと思われる。

しかし「むり」から「あせり」<sup>9,10)</sup>へと移り、ゆとりを失ったクライシス状態においては、患者は役割に応じて相手を選択できる状態ではなく、関係のあるすべてのスタッフに、同じ悩みを訴え援助を求めている。その結果同一状況に全スタッフが引き出されている。

そうした状態に対しては、常に関係のあるスタッフがきちんと状況を把握し、スタッフ間で役割を適切に決めて行動することが大切である。援助する各スタッフのわずかな言動の違いにも、クライシスにある患者は誰の言うことに従っていいのか困惑し、いわゆるダブル・バインド状況<sup>11)</sup>におちいり、身動きできなくなってしまう。そしてその結果として、更なるクライシスをひきおこす危険性がある。またスタッフ患者関係においても、患者が他のスタッフへの不満を訴える形で援助の手助けを求めてきた場合に、その受け入れ方によってはダブルセラピストにな

る可能性を秘めている。こうした状況は、チーム医療の基盤を根底から破壊するもので、一度ひきおこされると、スタッフ患者間の関係性を回復することは非常に困難である。

十分なチーム医療体制が整い、患者にもスタッフにもシステムとしてのそれぞれのスタッフの役割が理解され了解されている場合以外は、訪問の窓口は一つである方が混乱が少ない。特に個人的クライシス介入訪問という方法においては、その患者にとって援助する側の key person にあたる人間を窓口とし、他のスタッフはその key person の要請という形で援助することが適切である。どの職種が訪問するかということより、窓口の役目を果たせる key person が誰であるかということが重要である。

### 3. OT プログラムとの併用について

新しい環境になじむまでが大変なこの患者にとっては、OT への参加はなじんだ状況とのつながりを維持することができるという点で意味があった。また援助する側としても、一面ではあるが生活の場と OT という半分外の場の両面を知ること、患者の様子を一連の流れとしてとらえることができた。そのためクライシスの訴えに対し、その緊急度などの判断が容易になり、タイムリーな訪問に役に立った。

反面、治療者と患者の距離が近くなるため、些細なことも自分で解決しようとせず、スタッフに依存しがちになったり、OT 場面でスタッ

フを独占しようとする傾向がみられた。

訪問をしているということは他の患者に比べ、ある意味で special patient 扱いをしていることになる。したがって、援助が進む過程で他の患者を意識したスタッフを独占するような言動は大なり小なり必ず生じるため、常に適切な距離をとることが必要になる。そして患者にも説明し協力を願うことが治療の視点からも大切である。

以上、今回のクライシス介入訪問の各体制に対するメリットとデメリットをまとめると表3のようになる。

### 4. クライシス訪問の留意点

社会に棲む患者の援助の一つにソーシャルサポート<sup>12)</sup>という概念がある。サポートの方法についてはまだいくつかの課題があるが、理想的には周囲の人々のインフォーマルな対人関係が支える助力<sup>13)</sup>により、その人なりの生活スタイルが保障されることにある。そうしたインフォーマルなソーシャルサポートの観点からみると、クライシス訪問は患者が街に棲むことができるまでの、フォーマルな援助体制の一つである。

看護、PSW、OTR それぞれの立場で行っていることの現状報告からなるA病院のシンポジウム<sup>14)</sup>においても、医療という立場で、また援助という状態の中で何をどこまでしてよいのかという多くの課題が提供された。そこで提示された課題をふまえ、クライシス介入としてフォ

表3 体制の各メリットとデメリット

	メ リ ッ ト	デメリット
クライシス 介入訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時だけの訪問ですむ</li> <li>・タイムリーな対応ができ、クライシスを小さく治められる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務の都合で今すぐということが困難な時がある</li> <li>・要請に応じて訪問するため些細なことで依存しやすい</li> </ul>
複数訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者にとってスタッフを役割に応じた使い分けができる</li> <li>・患者にとって、多くのスタッフに関わってもらえる満足、安心感がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ダブルバインドの危険性がある</li> <li>・ダブル・セラピストの危険性がある</li> </ul>
OT併用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況変化が把握しやすい</li> <li>・治療者患者関係は親密になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全て知られている負担</li> <li>・special patient の弊害がある</li> </ul>

表4 クライシス介入訪問の留意点

<p>〔クライシス介入訪問の位置づけ〕</p> <p>家族や周辺の人の助力により患者なりの生活が安定するまでの、フォーマルな一時的援助。</p>
<p>〔クライシス介入訪問の目的〕</p> <p>患者個人のライフスタイルの獲得過程で起きるクライシスの回避を目的とする。</p>
<p>〔クライシス介入訪問の修了時期〕</p> <p>インフォーマルなソーシャルサポートによる安定もしくは一応の患者なりのライフスタイルに落ちついた時期。</p>
<p>〔開始時の留意点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の一部への侵襲の要素を持つことを自覚する。</li> <li>・診療チームの各スタッフの役割を明確にする。</li> <li>・患者にとっての訪問の窓口は一つとする。</li> <li>・訪問の方法を取り決める。</li> </ul>
<p>〔開始後の留意点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問は適時に、不必要な訪問を避ける。</li> <li>・毎回の訪問目的を明確にし、余分なことをしない。</li> <li>・訪問の期日など約束を守る。</li> </ul>

フォーマルに訪問を行う場合の留意点（表4）と、訪問の形態による相違についてまとめた（表

5）。参考症例で行った方法はこの表の個人的クライシス介入訪問にあたる。

身体障害同様、精神障害に対しても訪問看護・指導は患者の生活を社会で支えることを目的としているが、身体障害に比べ地域の理解の差は余りにも大きい。「せめて私だけでも（この患者を見捨てない）」という感情移入もさることながら、ある意味では終わりのない<sup>15)</sup>つきあいになる覚悟をするという気持ちを持つくらいでないと行える状況ではない。しかし気持ちの持ち方はどうあっても、決して患者と対等な関係にはなれない医療従事者としては、患者に対して責任を持てる範囲・距離を維持しないと、結果的に患者に迷惑をかけることになる。

患者に迷惑をかけない援助を行うためには、クライシス介入訪問をフォーマルな援助として行うことが必要である。そして何らかのクライシス時には何時でも適切に応じることのできる体制を持ちながら、訪問は終了することを原則として行うことが必要と考える。

このような自立を妨げないためのクライシス訪問を実行するためには、開始にあたり関係スタッフの役割、窓口、訪問の方法などの取り決

表5 訪問形態による相違

	定期訪問看護・指導	社会的クライシス介入訪問	個人的クライシス介入訪問
訪問の目的	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定期的診察・診療</li> <li>2. 生活相談</li> <li>3. 定期的指導・訓練</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族または周囲と患者の間の直接の危機の解消</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者個人にとっての直接の危機の解消</li> </ol>
訪問の焦点	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家庭生活</li> <li>2. 健康</li> <li>3. 病気</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. トラブル</li> <li>2. 問題行動</li> <li>3. 誤解</li> <li>4. 症状悪化</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 原因となる個人の生活上の現在の問題</li> </ol>
訪問者の活動	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相談・教示</li> <li>2. 施療</li> <li>3. 訓練・指導</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 積極的関与</li> <li>2. 直接的調整</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受容的</li> <li>2. 間接的・非指導的</li> <li>3. 提案</li> </ol>
訪問要請	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族の要請</li> <li>2. 患者自身の要請</li> <li>3. 主治医の判断で家族もしくは患者が承諾</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族の要請</li> <li>2. 周囲の要請</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者自身の要請</li> </ol>
訪問の頻度期間	一応の期間を設定して定期訪問	単発・偶発・緊急・救急	散発・適時



めを患者としておくことが必要である。そして訪問開始後は毎回の訪問の目的を明確にし、訪問者自身が何のために訪問しているかを自覚する必要がある。また、いつ訪問してもらえるかわからないなど訪問者の都合優先になると、受身的な依存関係を育てやすいため、訪問の期日など約束したことは守り、変更があればきちんと伝えるといったことが重要と考える。

そうした役割、目的、立場さえ明確になっていれば、勤務あけなどを利用した「ちょっと心配で寄ってみたけど」といった社会の中でのインフォーマルな支えもあってよいだろうし不可能ではない。しかし目的の不明確な訪問は、患者の依存を高めるばかりでなく、訪問がいわゆるメサイヤコンプレックスを満たす訪問者自身の患者への依存という結果になりかねない。精神医療従事者にとって、「訪問看護・指導」は終わりのない大変なつきあいという反面、逆に治療者側の依存という危険な誘惑をも含んでいるという自覚が必要である。

### 精神科 OT と訪問指導について

OT の訪問は、現在主に身体障害領域で行われており、訪問在宅指導<sup>16,17)</sup>という形で比較的定着した活動になり始めている。身体障害に対しての訪問や指導の定着の理由としては、社会の要求に加え医師や看護は診察と診療、OT はその人の家庭における生活の適応に向けての相談と指導というように、比較的役割が明確であることなどが考えられる。

一方精神障害に対しては、医療の閉鎖性・社会の防衛姿勢に加えて、各職種間の役割の重なりがあり、まだ公に OT がある役割を担って訪問するにはいたっていない。しかし、OT でなければという特性はないが、今おきている生活の事柄を通して働きかけるということ、そして仕事や趣味まで幅広く生活の中の活動に関し相談に応じられること、基本的な医学知識を心身両面に対して持っていること、治療医学より医学的リハビリテーション<sup>18)</sup>の立場にあることなどから、OT は医師で言えば辺地や町の横町の診

療所の医師にも似たよろず相談が可能な職種である。ちょっとした生活上のクライスを大事にいたらせず、また専門職にたらい回しする事なく、まず患者のクライシス脱出のための対応をし、必要に応じて保健所や医療と連携できる機能を OT は持っている。

五味の行っている民営の非医療・相談援助施設「MINDS」<sup>19)</sup>のような、生活の場で支える試みも見られるようにはなってきたが、内尾センターの「そばにいてもいいですか」<sup>20)</sup>と医療の側から出向き、社会に潜み身動きができない人たちにまず出会う機会を持つということすら十分に行われていない。訪問指導のシステムのあり方によっては、地域に生きる病者が、ある場合には医療によって、またある場合には福祉サービスによって管理されていく<sup>21)</sup>危険性も含みながら、そうした問題にすら至っていないのが現状である。援助の拠点をどこに置き、どのような方法で訪問援助を行うかについては、今後の大きな課題であるが、OT が行う訪問援助の役割としては、待ち受ける援助の場を拠点とし、社会的クライシス介入訪問より個人的クライシス介入訪問が適切のように思う。

参考症例のように、退院に際しこれまでの関係を生かすクライシス介入訪問という点では、病院内の OT の延長として行うことも一方法であるが、地域で生活することの援助という点からは過渡的なものと考ええる。理想的にはフォーマルなクライシス介入訪問は、町中の診療所のような患者が気軽に相談に行ったり SOS が出せる、より生活に密着した距離において here and now に行えるのが適切と考える。

### おわりに

「精神科訪問看護・指導」は地域医療促進の歩みの中で試行錯誤が始まり、多くの課題を抱えながら、いろいろな試みが各地で看護を中心としてなされ始めている。地域医療の先陣をきったデイケアも脚光をあびながら、病院付設型のデイケアや大規模施設はすでに一つの限界と曲がり角を迎え<sup>22)</sup>、小規模施設の認可がさ

れるようになっている。一方で、危機介入が再発を防ぎまた再発を再入院に結びつけない機能を持つことが実証されている<sup>23)</sup>。OT がどのように関わって行くかに関しては、まだその予測はつかないが、訪問援助で果たせる役割は大きい。

我国の医療情勢が背景にあるとは言え、入院患者、主として慢性精神分裂病者対象に展開されてきた病院内での作業療法による援助から、生活の中の作業活動を働きかけの道具として、その機能を生かした援助へと、OT の援助の場は移り始めている。

とはいうもののわが国の精神医療行政は、精神保健法に基づく社会復帰施設の設立・運営においても、金銭・人共に大半を民間に依存しようとしている。世に棲もうとする患者にとって、棲むことのできる世が非常に少ないのが今の地域でもある。このような状況においては、地域にもどり世に棲もうとする患者に対して、まだしばらくは本稿の参考症例のようなポストホスピタルとしてのクライシス介入訪問は重要な試みの一つであると考ええる。作業活動を援助・関わりの道具とする OTR という専門職種として、医療従事者の一人として、また地域で共に生活する住民として、いろいろな視点から街で暮らそうとする心を病む人々への援助について考えて行きたい。

稿を終えるにあたり、貴重なご意見を賜った松本雅彦教授に感謝いたします。

## 文 献

- 1) 半田文穂: イタリアの精神医療事情. 精神医療 1984; 13: 86-91
- 2) 半田文穂, 豊田雅子: イタリア精神衛生法とその後の展開. 精神医療 1986; 15: 55-65
- 3) 厚生省編: 診療報酬点数表の一部改正等に伴う実施上の留意点について. 社会保障関係法規総覧(8-A): 新日本法規出版, 1986: 684/98/231-258
- 4) 中井久夫: 左に棲む患者. 川久保芳彦編. 分裂病の精神病理 9. 東京: 東京大学出版会, 1980: 253-277
- 5) 神田橋條治, 荒木富士夫: 「自閉」の利用. 精神神経学雑誌 1976; 78: 43-57
- 6) 桑原治雄: クライシス(危機)介入と対応の方法. 村田信男他編. 地域精神保険活動の理解と実際. 東京: 中央法規出版, 1990: 29-58
- 7) 桑原治雄: クライシス(危機)介入の理論と実際. 社会精神医学 1986; 9: 331-338
- 8) Erikson EH: 健康なパーソナリティの成長と危機(小此木啓吾, 小川捷之, 岩男寿美子訳). 自我同一性. 東京: 誠信書房, 1973: 49-128
- 9) 中井久夫: 分裂病の発病過程とその転導. 木村敏編. 分裂病の精神病理 3. 東京: 東京大学出版会, 1974: 1-60
- 10) 中井久夫: 分裂病患者における「焦慮」と「余裕」. 精神神経学雑誌 1976; 78: 58-65
- 11) Bateson G: 精神分裂病の理論化に向けて—ダブルバインド仮説の試み, 精神の生態学[上](佐伯泰樹, 佐藤良明, 高橋和久訳). 東京: 思索社, 1986: 295-329
- 12) 久田 満: ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. 看護研究 1987; 20: 2-11
- 13) 藤井達也: 社会復帰活動における「生活の支え合い」(ソーシャル・サポート)の追跡調査. 精神障害と社会復帰 1988; 7: 4-36
- 14) 浅香山病院精神科医局: 訪問看護の現状と問題点(シンポジウム資料). 1990: 1~8
- 15) 関岡幸枝: 終わりのない訪問看護. 浅香山病院訪問看護シンポジウム資料 1990: 7
- 16) 矢谷令子: 訪問指導の背景と今後—作業療法士の立場から—. 理作療法 1987; 21: 25-32.
- 17) 堀口貞子, 押田豊司: 機能訓練事業における訪問活動. 作業療法ジャーナル 1989; 23: 714-719
- 18) 砂原茂一: リハビリテーション. 東京: 岩波書店, 1980: 1~217
- 19) 五味晃二: ところとくらしの相談室「MINDS」からの第一報. 作業療法ジャーナル 1989; 23: 731-735
- 20) 上垣知子, 高橋 泰: 精神障害者に対する地域リハビリテーション. 作業療法ジャーナル 1990; 24: 256-261
- 21) 中村正利: 地域活動と「精神障害者」概念. 精神医療 1988; 17: 60-70
- 22) 浅野弘毅: 精神科デイケアの意義と限界(下). 精神医療 1986; 15: 75-85
- 23) 坂口伸貴: 慢性分裂病者の社会復帰. 精神神経誌 1985; 87: 444-451